

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 128.

DE
L'ÉVISCÉRATION SPONTANÉE
en dehors de la période opératoire

AVEC RUPTURE OU GANGRÈNE DES HERNIES OU DES ÉVENTRATIONS
DE LA LIGNE BLANCHE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert TOURASSE

Né à Tournon (Ardèche), le 6 janvier 1884



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1911

DE
L'ÉVISCÉRATION SPONTANÉE
en dehors de la période opératoire



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 128.

DE

L'ÉVISCÉRATION SPONTANÉE

en dehors de la période opératoire

AVEC RUPTURE OU GANGRÈNE DES HERNIES OU DES ÉVENTRATIONS
DE LA LIGNE BLANCHE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert TOURASSE

Né à Tournon (Ardèche), le 6 janvier 1884



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 23

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale.	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie.	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE.
Physiologie.	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire.	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	COURMONT (P.)
Médecine légale.	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	X.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agré
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	LATARJET,	MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	LERICHE.	GUILLEMARD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président ; M. ROCHET, Assesseur ;

MM. GAYET et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A mon président de thèse :

M. le Professeur JABOULAY

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Au moment de terminer nos études médicales qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Jaboulay qui a bien voulu nous faire le très grand honneur de présider notre thèse.

Tous nos remerciements vont également au professeur agrégé Bérard qui nous a inspiré ce travail, et au D^r Goullioud auquel nous devons de précieuses observations.

Nous ne saurions quitter les Hôpitaux sans témoigner notre gratitude au professeur Teissier, auprès duquel nous avons toujours trouvé avec la bienveillance la plus grande l'enseignement le plus élevé.

Que notre excellent ami Colombet dont les conseils nous ont été si utiles dans ce travail, reçoive l'assurance de notre reconnaissance et nos meilleurs vœux d'avenir.

Nous ne pouvons laisser échapper l'occasion qui s'offre aujourd'hui à nous de remercier tous les amis excellents auxquels nous devons d'avoir pu passer si agréablement notre vie d'étudiant, ces quelques années qui compteront sans aucun doute parmi les meilleures de notre vie. Et entre tous que les D^{rs} Rémy et Armantaire Courjon soient assurés de notre sympathie. Nous n'oublierons jamais que le D^r Armantaire Courjon en nous donnant les premiers et les plus utiles conseils médicaux a été des meilleurs de nos amis.

INTRODUCTION

Nous avons récemment l'occasion de constater dans le service de M. le professeur agrégé Bérard à l'Hôtel-Dieu, un cas d'éviscération spontanée de l'intestin au dehors de l'abdomen chez une femme présentant depuis cinq ans une éventration consécutive à une ventrofixation. Cet accident ayant abouti à une guérison complète, après plusieurs interventions, et sur ces entrefaites le Dr Morestin, de Paris, ayant publié un cas presque analogue ; nous avons pensé qu'il était intéressant de rechercher dans la littérature médicale des cas semblables et d'en tirer quelques conclusions.

En effet, pour rares qu'ils soient les cas qui nous intéressent nous semblent dignes d'attirer l'attention tant par leur apparition inattendue que par leur symptomatologie toujours imposante et leur traitement souvent délicat.

Après avoir rapporté les trop rares observations que nous avons pu réunir, nous nous occuperons donc de savoir à quelles causes l'on peut attribuer cette issue de l'intestin à travers la paroi abdominale soit en un point quelconque, soit au niveau ou à quelque distance d'une cicatrice opératoire bien consolidée depuis longtemps.

Le pronostic de l'accident nous occupera ensuite.

Enfin nous envisagerons le traitement, soit préventif, soit curatif.

OBSERVATION I

Mme F. B., 65 ans, épicière à Marcilly-d'Azergues.

Antécédents héréditaires: Père mort à 63 ans, de cardiopathie. Mère morte à 50 ans de cancer abdominal ; 4 sœurs bien portantes, 2 mortes en bas âge ; 1 frère mort à 30 ans de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels : Jamais d'affections graves. Réglée à 13 ans, menstruation régulière et indolore.

Mariée à 31 ans, la malade eut 2 enfants : à 32 ans, une fille qui a toujours été de santé délicate ; son accouchement avait été normal et n'avait pas eu de suite.

A 35 ans, un fils mort à 17 ans de tuberculose pulmonaire.

A 36 ans, la malade faisait une fausse couche de 2 mois et à 40 ans survenait sans accident la crise de la ménopause.

Le 14 mai 1905, la malade entre à l'hôpital Saint-Joseph, dans le service du docteur Goullioud pour « prolapsus uterin ».

L'affection a commencé il y a 3 ans, le médecin alors consulté a diagnostiqué une rétroversion et a mis un pessaire à la malade qui a été beaucoup soulagée.

Le pessaire a été enlevé il y a 2 mois, depuis la malade a vu son prolapsus augmenter, en même temps qu'elle souffrait des reins, qu'elle avait des pertes roses et présentait parfois de la dysurie.

Mais pas de douleurs abdominales.

Rien aux poumons.

Rien au cœur.

L'état général est assez bon, cependant la malade dit avoir maigri.

Le 18 Mai, le docteur Goullioud pratique le toucher et palper combiné, il diagnostique un prolapsus utérin complet avec prédominance de cystocèle. Pas d'ulcérations suspectes, l'utérus est en rétroversion. Une triple intervention est décidée.

Le 22 Mai 1905 : On pratique sans incident l'anesthésie à l'éther.

Le docteur Goullicoud fait une laparatomie médiane sous-ombilicale, on saisit le fond de l'utérus avec une pince à quatre dents et on passe dans la paroi intérieure de l'organe trois fils de catgut chromique qui le fixent à la couche aponevrotico-musculaire.

La plaie est refermée par le procédé habituel ; sujet aponévrotique au fil chromique et suture métallique de la peau.

On tente alors une deuxième intervention pour corriger la cystocèle.

On pratique une incision médiane sur la paroi antérieure du vagin, du méat urinaire au col, on décolle au ciseau et au doigt la muqueuse vaginale de la paroi vésicale et on incise un lambeau de cette muqueuse de part et d'autre de l'incision, on réunit les deux lèvres de la plaie par des points séparés au catgut Repin.

On pratique alors le troisième temps de l'opération. On circonscrit la fourchette par une incision courbe qui remonte de chaque côté de la vulve. Cette incision est la base d'un lambeau triangulaire dont le sommet est au niveau du col à sa face postérieure.

Ce lambeau triangulaire de la paroi vaginale postérieure enlevée, on en réunit les deux lèvres sur la ligne médiane par des points de catgut et au niveau de la base du lambeau on passe des points cutanés profonds de catgut chromique.

L'état de l'opérée est satisfaisant, la température ne dépasse pas 38°2 et retombe à 37°7 le troisième jour.

Le 28 mai, on aperçoit un peu de lymphangite sur le trajet des vaisseaux de la cuisse droite. C'est une phlébite légère qui se localise à un paquet variqueux au point de compression des béquilles de Clower.

La température monte à 38°8.

Le 31, on enlève les fils périnéaux et abdominaux, la température baisse régulièrement.

Le 3 juin, la malade va bien, la lymphagite est à peu près guérie.

Le 18 juin, la malade sort de l'hôpital.

Le 5 octobre 1910, la malade vient se montrer. Son état est très satisfaisant.

Au point de vue utérin, le résultat est excellent, mais la malade présente une tendance à l'éventration non localisée, on lui conseille de maintenir sa paroi abdominale par un bandage.

Le 20 mars 1910. Mardi, la malade rentre de nouveau à l'hôpital. Après son opération, elle avait eu de temps à autre d'assez fortes coliques ; *vendredi* en ayant eu de plus violentes que d'habitude et son abdomen étant ballonné, elle fait venir le médecin. Celui-ci prescrit un lavement et un suppositoire ; *dimanche* matin, vomissements bilieux, abdomen toujours ballonné.

Lundi soir, vomissements probablement fécaloïdes, d'odeur très forte.

Depuis hier soir, pas de gaz ; un lavement donné le soir a amené des matières.

A l'examen, l'abdomen est ballonné, tendu, résistant partout, sonore à la percussion.

A la palpation et à la pression, on sent de petits noyaux durs au niveau et à droite de la cicatrice laissée par la précédente opération. Sous la main, on sent les anses intestinales se durcir, puis se ramollir avec un bruit de gargouillement très net.

Belles contractions péristaltiques.

Pouls 80. Température 37°.

30 mars 1910. — Un lavement donné la veille n'a pas produit d'effet ; le matin, le malade a quelques nausées. A l'examen de l'abdomen, on voit qu'il s'agit d'une volumineuse hernie intestitielle avec probablement des phénomènes d'étranglement ; cette hernie diverticulaire est étalée au-devant de l'abdomen entre la peau et la paroi abdominale.

Intervention par le docteur Goullioud. — Anesthésie à l'éther sans incidents ; pas de vomissements.

On incise la paroi sur la ligne médiane pour la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On tombe alors sur la paroi du sac herniaire. On décolle le péritoine de la face postérieure du fascia superficialis, puis de la face antérieure de l'aponévrose abdominale dans la moitié droite de l'abdomen.

On répète la même manœuvre du côté gauche. L'écart entre

les deux bords aponévrotiques est assez grand, mais on juge que la réunion pourra se faire.

On incise la paroi du sac à sa partie supérieure ; le gros intestin présente deux adhérences à ce niveau ; on le libère et on l'attire en dehors. On constate alors que l'épiploon lui fait en plusieurs points des brides qui rétrécissent sa lumière ; on les sectionne.

La séreuse à ce niveau présente un peu de dépoli et des traces blanchâtres de péritonite chronique.

On continue l'ouverture du sac en se dirigeant vers le pubis ; on aperçoit alors une anse grêle qui a passé entre la paroi et l'utérus, qui y a été fixé dans l'intervention d'il y a cinq ans ; l'occlusion est menaçante. Cette anse grêle est en effet étranglée par une grosse bride due à la ventrofixation. Cette bride part du fond de l'utérus allongé et va à un point de la paroi abdominale tirailé par le développement de la hernie. L'utérus avait dû être fixé par son fond plutôt que par sa face antérieure, étant donné l'âge avancé de la malade, d'où la formation d'une bride comme le petit doigt, le prolongeant et l'attirant en haut et en avant par le développement de la hernie ; aussi le prolapso était-il bien guéri.

On sectionne le fond de l'utérus et on libère l'anse étranglée.

On détruit quelques autres brides à ce niveau.

L'intestin, dans la région supérieure au point adhérent, présentait de la dilatation et une coloration rouge foncé. On pratique la résection du sac, l'hémostase, puis la ligature sur la tranche de section de l'utérus avec Repin (3).

On suture la paroi en un seul plan de fils métalliques n° 24 à double.

Dans cette suture, on passe les fils dans la paroi antérieure de l'utérus qui sera ainsi plaqué contre la paroi abdominale (un point saigne un peu).

Deux drains sont placés dans la zone interstitielle.

La malade quitte l'hôpital complètement rétablie.

Le 10 mars 1911. — M^{me} F. B. arrive à minuit et demi à l'Hôtel-Dieu après avoir fait 20 kilomètres en chemin de fer pour arriver

à la gare de Lyon-Perrache, puis un kilomètre en voiture pour venir de la gare à l'Hôtel-Dieu.

Reçue au service de porte, elle est traitée par l'interne de garde, M. Colombet, qui, en l'interrogeant, apprend que vers 4 heures du soir, sans traumatisme ni chute, cette malade avait tout à coup vu surgir d'une plaie ouverte spontanément au niveau d'une cicatrice abdominale ancienne des anses intestinales.

Le médecin, immédiatement appelé, avait recouvert le tout de gaze aseptique et dirigé la malade sur les hôpitaux de Lyon.

A l'entrée, la malade ne paraît ni choquée, ni dans un état de faiblesse extrême; son pouls est à 90; elle n'a pas de température et n'a ni hoquet ni vomissements.

A l'examen, les anses intestinales sont rouges, légèrement tuméfiées et distendues, formant un énorme paquet strangulé à la base par la plaie abdominale.

Mais l'examen de toutes ces anses permet de constater leur intégrité anatomique absolue, ni ulcération, ni perforation, ni plaque de nécrose.

Dans ces conditions, l'interne décide, après en avoir averti le chirurgien de garde, de faire la toilette soigneuse de toute cette région et de rentrer le paquet intestinal purement et simplement dans la cavité abdominale.

On nettoie d'abord la peau par des applications répétées de teinture d'iode. On constate aux environs de l'orifice une plaie atone, comparable par son aspect à un ulcère dû à des troubles trophiques, et c'est vraisemblablement cette plaie qui fut le siège et la cause de l'accident.

Les anses intestinales sont d'abord lavées avec du sérum physiologique tiède, puis arrosées largement d'huile camphrée aseptique à 1/10.

Il fallut ensuite une heure pour rentrer les anses dont la longueur totale peut être évaluée à 2 m. 50; c'était des anses grêles.

Lorsque cette opération laborieuse fut achevée on mit au niveau de l'orifice de sortie de gros tampons de gaze pour que ce bouchon empêchât l'issue nouvelle de l'intestin.

Une piqûre de caféine et une potion d'acétate d'ammoniaque permirent à la malade de reprendre quelques forces, car ces manœuvres avaient eu lieu sans anesthésie et l'avaient sensiblement fatiguée.

Le matin elle est dirigée sur le service de M. Bérard.

Pouls à 80 ; température 37°2.

On découvre à nouveau la plaie pour se rendre compte de la gravité de l'accident. Deux anses seules apparaissent à ce niveau fermant complètement l'orifice.

Toute cette région est située au-dessous de l'ombilic et appartient à une poche herniaire immense due à une éventration de date déjà ancienne.

On soutient le cœur par de la digitale administrée comme traitement préventif d'insuffisance cardiaque.

L'auscultation du poumon ne révèle que quelques râles de bronchite banale.

L'état général est satisfaisant, pas de syndrome péritonéal.

Le 11 mars, la température monte à 38°2 et cela sans aggravation de l'état général, mais un nouveau symptôme apparaît qui va être le signal d'une complication : la malade ne va pas à la selle.

Le 12 mars, la température est à 39°5. Malgré un lavement purgatif et une dose modérée (25 gr.) d'huile de ricin, l'obstruction intestinale persiste sans toutefois que l'on observe de syndrome péritonéal.

Le 12 au soir, M. Bérard décide de provoquer l'évacuation des matières par un anus contre nature et son interne M. Colombet applique au niveau des anses inférieures la pointe du thermocautère, ce qui détermine l'issue de matières liquides abondantes.

La température tombe alors, l'état général redevient meilleur et le *14 mars* on constate que les matières passent en partie par l'anus contre nature, en partie par les voies naturelles.

La stagnation des matières sur la paroi abdominale augmente l'irritation de la région. La plaie continue à s'étendre, devient rouge vif, est le siège de cuissons insupportables pour la malade.

Alors on essaie la fermeture de l'anus contre nature par des procédés simples.

La pression continue au moyen de sacs de sable fin placés sur l'orifice ne donne aucun résultat.

Quelques points de suture placés sur la muqueuse intestinale éversée ne tiennent pas et provoquent au contraire l'agrandissement de l'orifice. Pendant quelques jours on dirige ces efforts le plus possible sur la plaie que l'on cherche à cicatriser, puis on fait une nouvelle tentative de fermeture de l'anus contre nature en procédant plus méthodiquement. On suture la muqueuse, puis la musculuse, enfin la peau.

La malade est mise à la diète, on lui administre une forte dose d'opium, on lui met de la glace sur le ventre et un pansement compressif.

Le soir les sutures lâchent et les matières sortent de nouveau.

Dans les premiers jours de *mai*, la malade se désespérant et préférant mourir que de rester dans cet état de déchéance physique, M. Bérard décide d'intervenir par une cure radicale, malgré tous les dangers d'une pareille intervention chez une malade dans la paroi abdominale est aussi infectée et la cachexie aussi avancée.

Du fait de l'état macéré de la paroi abdominale on est forcé de préparer longuement la malade et ce sont des applications de vin aromatique, puis de pâte à l'oxyde de zinc avec bismuth et acide borique.

Le 24 juin M. Bérard intervient.

Après une soigneuse asepsie au savon, alcool, éther et teinture d'iode. On ferme l'anus artificiel par un fil de soie. On pratique une incision de la peau sus-ombilicale, transversale, sur laquelle on branche une incision verticale et médiane des tissus sous-jacents, puis on incise à son tour le péritoine.

A cause de l'éventration on pénètre de dedans en dehors dans le sac herniaire, on le dissèque et le résèque.

On cherche la portion de l'intestin qui porte l'anus artificiel, on le trouve très haut sur le grêle, on le dissèque de dedans en dehors on fait la résection cunéiforme de l'anus.

On suture la paroi en faisant une soigneuse hémostase, on tente un drainage sous-cutané, le soir le pouls est à 124, la température à 37°7.

La malade guérit parfaitement sans incidents et avec une réunion solide des plans musculaires.

Elle a été débarrassée à la fois de son anus contre nature et de sa hernie diverticulaire consécutive à son éventration.

OBSERVATION II

(MORESTIN. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 21 février 1911.)

Léonise Narcisse, ou Da Morestin (à la Martinique une *da* est une négresse qui sert de gouvernante aux enfants), est aujourd'hui fort âgée, mais il est impossible de préciser son âge. Elle est née sous l'esclavage à une époque où les nègres n'avait pas d'état civil bien régulier. Elle a au moins 75 ans. Après la catastrophe de 1902, à laquelle elle a pu échapper, elle a suivi en France « sa » famille.

Da est non seulement âgée mais bien vieille, ses genoux sont tout déformés par l'arthrite sèche, ses mains tremblent.

Depuis sa jeunesse elle porte un fibrome utérin qui n'a pas cessé encore de déterminer des métrorragies souvent très abondantes.

Depuis qu'elle a fait connaissance avec l'hiver elle présente de la bronchite chronique et de l'emphysème.

Les quintes de toux trop fréquemment répétées ont amener au cours de ces dernières années une aggravation rapide d'une hernie ombilicale dont le début remontait à l'enfance et dont il me reste à parler.

Chez les négriillons les hernies ombilicales sont extrêmement communes et comme ils sont généralement peu ou pas vêtus, il n'est que trop facile de les examiner. On est surpris du volume de ces hernies et de leur configuration qui est celle d'un long boudin incurvé et pendant au-devant de l'abdomen.

Quand le sujet grandit, cette hernie rétrocede et disparaît presque toujours d'une façon définitive. Aussi les hernies ombilicales sont-elles exceptionnelles chez les nègres adultes, même chez des femmes en dépit des grossesses répétées.

Mais parfois les hernies infantiles disparaissent incomplètement, il persiste une ébauche susceptible de se développer plus tard. C'est ce qui s'est passé chez Narcisse, qui dans son enfance a eu « le gros nombril » et qui dans l'âge adulte a vu survenir une de ces hernies de retour.

Celle-ci offre un aspect un peu particulier, au rebours des hernies acquises communes de l'ombilic, elles offrent une disposition pédiculée et leurs enveloppes sont relativement minces.

Il n'est pas indifférent de rappeler ces détails à propos du cas actuel.

Depuis trente ans, chez notre malade, la hernie n'a cessé de prendre des proportions, et celles-ci sont devenues au cours des cinq ou six dernières années considérables pour une hernie de cette espèce, atteignant trois fois le volume du poing. A diverses reprises se produisirent à sa surface de petites ulcérations dues au frottement contre les vêtements et qui guérèrent par des soins très simples.

Aucune ceinture ne put contenir la hernie à cause de la difficulté d'en faire l'application sur ce ventre déformé par un fibrôme et sans cesse ébranlé par la toux.

Pendant l'année 1910 survinrent plusieurs crises d'étranglement dont une au mois de décembre fut particulièrement alarmante. J'hésitais, dans les conditions défavorables où se trouvait la malade, à tenter une intervention qui était certes indiquée, mais dont le pronostic apparaissait des plus sérieux, quand l'événement vint me forcer la main.

Le 17 janvier 1911, la pauvre Narcisse, revenant de Saint-Germain-des-Prés et voulant franchir le boulevard Saint-Germain, tomba face contre terre.

Le ventre porte directement sur le sol et le poids du corps vient comprimer brusquement la hernie constamment extériorisée et pendante au devant de l'abdomen. La poche éclate et son contenu s'étale sous les jupes.

La malheureuse se relève, revient à pied rue du Four, monte trois étages et attendra plus d'une heure avant de raconter ce qui lui est arrivé.

Deux heures et demie se passent avant que je sois auprès d'elle. Il est déjà 8 heures du soir. Je la trouve très affaiblie, très pâle, avec des nausées et souffrant beaucoup. Une masse énorme d'intestin est répandue sur l'abdomen, du sang coagulé couvre en partie les anses et les agglutine aux vêtements.

Il faut encore trois quarts d'heure pour rassembler les instruments les plus indispensables, les pièces de pansement, le minimum nécessaire pour une intervention d'urgence. L'opération a lieu dans une petite salle à manger avec l'aide de mes jeunes frères, Amédée et Paul Morestin.

Je barbouille de teinture d'iode la peau de l'abdomen et de la racine des cuisses. On administre quelques bouffées de chloroforme.

Je nettoie les anses avec de l'eau tiède, puis avec de l'alcool. Il y a à l'intérieur un mètre environ d'intestin grêle et l'épiploon sortant par une déchirure transversale des enveloppes.

Deux petits ponts réunissent les deux lèvres de la déchirure formant des brides sur lesquelles s'étranglent deux anses.

L'épiploon est adhérent à la poche, il faut le détacher et en réséquer une partie.

La réduction des anses est très laborieuse, il faut pour y réussir débrider l'anneau ombilical.

La réintégration obtenue j'excise les enveloppes et procède à la suture de l'anneau selon une ligne transversale. Cette première suture est enfouie sous une nouvelle ligne de suture également transversale, et finalement la plaie cutanée est réunie toujours transversalement. J'ai soin de laisser un petit drain pénétrant jusque dans le péritoine.

Vous pensez avec quelle émotion j'ai surveillé les suites de cette opération qui offrait si peu de chances de succès.

Tout se passa bien du côté de l'abdomen, il n'y eut aucune réaction péritonéale et la plaie opératoire, dont le drain avait été retiré le troisième jour, se cicatrisa par première intention, sauf au niveau de l'orifice de drainage qui donna pendant quelques jours issue à un léger suintement.

Mais la malade faillit être emportée par une lymphangite de la

jambe qui se déclara au quatrième jour, affection dont elle avait déjà eu bien des fois à souffrir antérieurement, mais qui jamais n'avait présenté une allure aussi inquiétante, température à 40°5, délire, intermittences cardiaques. Les choses s'arrangèrent après des badigeonnages énergiques de teinture d'iode sur tout le membre inférieur. Plus tard encore elle eut de la congestion pulmonaire.

Mais enfin tout s'est terminé heureusement, notre vieille Da a repris sa vie habituelle, et c'est pour moi une joie véritable de vous la montrer aujourd'hui parfaitement guérie.

OBSERVATION III

(CHIBRET)

Homme, 65 ans.

Le malade a été opéré en juin 1898 d'une assez volumineuse hernie inguinale droite. L'opération est faite suivant le procédé de Lucas-Championnière. Vers le quinzième jour après l'opération alors que la cicatrisation était parfaite, il survint à la partie supérieure de la plaie un petit abcès par lequel s'éliminèrent deux fils de soie. Cet abcès se cicatrisa rapidement, mais quelques mois après un second abcès minuscule vint s'ouvrir un peu au-dessus de l'arcade de Fallope à 4 centimètres environ au-dessous de la cicatrice. En mai 1899, très bon état, aucune trace de récurrence.

Le 7 mars, étant encore au lit, le malade sentit au cours d'un accès de toux une assez vive douleur dans le ventre et fut stupéfait de trouver sous la chemise un gros paquet intestinal.

Le docteur Rayzolle voit le malade six heures après l'accident. Il constate l'issue de 2 m. d'intestin par une rupture de la paroi située à 4 cm environ au-dessous de la cicatrice de l'intervention.

La solution de continuité mesurait à peine 3 cm. et paraissait s'être faite au niveau du petit trajet suppurant signalé plus haut, 1^m50 d'intestin grêle le cœcum et le colon ascendant étaient herniés.

L'intestin lavé à l'eau boriquée chaude est réduit sans trop de peine après débridement de l'orifice. La paroi est refermée par trois points de suture profonds à la soie et quelques points cutanés. Guérison rapide sans aucune réaction.

OBSERVATION IV

(DOEBBELIN).

Femme, 49 ans.

En 1892 hernie inguinale. En 1893 inflammation de cette hernie. A l'incision il s'écoule du pus et on trouve dans le sac une portion de la vessie et de l'épiploon.

Réduction de la hernie, résection de l'épiploon, drainage de la plaie.

Guérison : la malade peut se passer de bandage.

Dans la première semaine de décembre 1898 on a une tuméfaction molle dans la région inguinale gauche ; elle est réductible.

Le 24 décembre, en l'absence de tout effort, vive douleur à la région ombilicale ; quelque chose de mou et d'humide sort par l'aîne gauche ; c'était une tumeur rouge du volume du poing. La malade veut aller trouver un médecin mais elle est prise de syncope.

Doebbelin constate que ce qui fait issue c'est l'intestin grêle et son méésentère. Ni fièvre, ni vomissements, ni accélération du pouls. Le ventre n'est pas douloureux à la pression. L'anse intestinale mesure environ 30 cm. Elle est lavée à l'eau salée au sublimé, puis encore à l'eau salée. Pour la réduire on agrandit l'orifice qui était perméable pour deux doigts et siègeait au niveau de l'anneau inguinal.

Après réduction, fermeture incomplète par des sutures. Il n'y avait pas trace de sac herniaire.

La guérison se fait aisément sans que la malade ait autre chose qu'un peu de sensibilité de l'abdomen.

Une plaque d'agar mise en contact avec l'intestin se couvrit ensuite de colonies de staphylocoques dorés.

Au commencement de février la plaie est fermée et la malade quitte l'hôpital.

Revue plus tard on constate qu'une nouvelle rupture semble se préparer ; la cicatrice s'est amincie à tel point qu'on sent très bien à travers elle les anses intestinales et qu'on peut aussi les saisir entre les doigts.

OBSERVATION V

(*Lancet*, 13 novembre 1890, t. II, p. 560, LAWSON.)

14 novembre. — Une femme présentant des phénomènes d'éviscération (anses intestinales sortant de la paroi abdominale) est amenée dans un état de profond collapsus.

S'occupant à des travaux qui nécessitaient un certain effort, elle a constaté, une fois dans sa chambre, qu'une partie de son intestin est hors de la paroi (9 h 30 du matin). Elle envoie aussitôt chercher un médecin et elle attend l'arrivée de celui-ci, qui la fait transporter à l'hôpital Middlesex à 5 h. 30 du soir.

On constata la présence d'une hernie ombilicale datant de plusieurs années et on remarqua que la paroi abdominale dans la région de l'ombilic était soulevée en une éminence conique ayant environ la grosseur d'une tête d'enfant. L'ombilic dévaginé et tout à fait déplissé occupait le sommet de cette éminence et faisait saillie du point de la ligne d'union de cette tumeur et du reste de la paroi abdominale. Il y avait à l'extérieur plusieurs anses d'intestin grêle. L'intestin moyennement distendu était accompagné de son mésentère très rouge et congestionné, un liquide séreux teinté de sang coulait à sa surface en petite quantité.

Le mésentère et l'intestin étaient resserrés par la paroi et un étranglement était imminent. La malade avait de grandes douleurs et se plaignait. Son pouls était faible, fréquent et tout à fait misérable. La peau était pâle et froide.

On lui fait un quart de grain de morphine; on lui met des bouillottes d'eau chaude.

Les anses intestinales issues furent enveloppées dans un pansement protecteur imbibé d'une solution chaude phéniquée. Vers 7 h. 30 du soir la malade fut conduite dans une salle d'opération et anesthésiée. Lawson opère.

Une sonde canelée fut passée dans l'ouverture et la paroi fut ouverte avec un bistouri boutonné sur six pouces de long. La partie supérieure de l'incision fut faite sur la tumeur ombilicale et la partie inférieure sur la paroi abdominale le long de la ligne médiane.

Les anses intestinales furent lavées à l'acide borique et replacées non sans difficultés.

Une fois les bords de l'ouverture nettoyés on fait les sutures et un pansement à l'iodoforme est entouré de toile imperméable. On fait à la malade des injections de morphine (1/4 de grain) et on lui donne une cuillerée à café de brandy toutes les heures.

15 novembre. — A 7 heures du matin, M. Rattray est appelé parce que du sang a coulé sur les draps. Il constate un peu de sang du côté gauche par terre. L'hémorragie avait été très abondante (peut être deux ou trois pintes). Le sang qui avait cheminé à travers le pansement et la literie jusque par terre s'était échappé du côté déclive de l'incision. — On réappliqua un pansement compressif. La malade avait passé une nuit tranquille. Le pouls était faible, rapide, irrégulier ; les extrémités refroidies et la malade mourut à 8 h. 30 du matin.

L'autopsie faite trente heures après le décès, permet de constater les phénomènes suivants :

Rigidité très marquée ;

Obésité ;

Cyanose faciale ;

Ventre énorme et pendant ;

Eventration de large étendue dans la région ombilicale. S circonférence était de vingt-un pouces à la base et s'étendait en haut et en bas dans l'abdomen sur une distance de six pouces et demi.

L'incision qui avait été pratiquée était de six pouces sur la ligne médiane, la moitié sur la région du sac et la moitié sur la ligne blanche ; les bords en étaient réunis par dix points de suture.

En inspectant les bords bien cousus et affrontés on ne constata pas de signes de réunion. Le sac est de nouveau largement ouvert.

Le revêtement péritonéal est blanc, opaque et considérablement épaissi. Il est recouvert par une lame d'épiploon contenant beaucoup de graisse entre ses feuilles et adhérente aux parois du sac en plusieurs points. On constate qu'elle contient environ la moitié des huit pouces du colon transverse et la partie supérieure

du jéjunum. Ces anses intestinales étaient adhérentes les unes aux autres et à la paroi du sac.

L'accès de la cavité péritonéale au niveau du collet du sac était assez grande pour admettre le poing d'un homme. L'intestin qui avait été prolabé au dehors avait été réduit dans la cavité péritonéale. Il fut trouvé à cette place dans un état d'engorgement considérable.

La cavité abdominale fut alors entièrement ouverte ; on ne trouva pas de liquide ailleurs que dans le sac ; une congestion marquée de l'intestin commençait à quatre pieds et demi de la valvule iléocœcale et se continuait sur une longueur de six pieds.

Le péritoine en quelque sorte gardait son état poli.

Immédiatement au-dessus trois pieds d'intestin (celui prolabé) étaient tout à fait noir d'engorgement. Sa surface séreuse avait perdu son poli et était couverte d'une épaisse couche d'exsudats inflammatoires. Le mésentère était engorgé de sang veineux. Au-dessus de cette portion, quatre pieds d'intestin étaient congestionnés et ressemblaient à la portion prolabée du dessous.

En enlevant cet exsudat inflammatoire, la portion la plus engorgée présentait de nombreuses extravasations pétéchiales sous les muqueuses, mais il n'y avait ni ulcération, ni distension gazeuse, ni hémorragie dans la lumière de l'intestin.

Le gros intestin contenait un peu de scybales et était normal excepté le rectum qui dans sa seconde partie présentait trois ulcérations superficielles probablement causées par une constipation habituelle.

L'estomac était fortement dilaté, son contenu était gazeux à l'exception d'un petit résidu de bouillon non digéré. Il mesurait quatorze pouces dans le sens horizontal et six et demi dans le sens vertical.

Rein droit, cinq et demi oz.

Rein gauche six oz.

Ces organes étaient très congestionnés et facilement décapulables.

Le bassinnet était chargé de graisse. Les capsules surrénales, les uretères et la vessie étaient dans un état normal.

Rate normale mais petite.

Foie : poids 50 oz. Il montrait, à la coupe, une dilatation générale des canaux biliaires qui semblait ancienne. Le canal hépatique était normal. On trouva dans la vésicule vingt-six calculs de cholestérine avec facettes. Il y avait une adhérence solide à la partie postérieure et inférieure du lobe droit.

Le cœur pesait six et demi oz. Le péricarde contenait un peu de liquide teinté de sang. La surface antérieure du ventricule droit était légèrement couverte de graisse. Les cavités droites étaient remplies d'un caillot noir. Les valvules étaient normales. Quelques plaques d'athérôme dans l'aorte ascendante.

On constata dans les poumons un peu d'engorgement et d'œdème des bases. Le reste était normal.

OBSERVATION VI.

(*Lancet*, n° du 10 mai 1890, t. I., page 1008).

Pilkington.

Le 9 janvier 1890. — A mon retour d'une longue course, je fus appelé à me rendre sans retard chez M^{me} M. P. A tout hasard j'emportai ma trousse.

Je vis M^{me} P. à deux heures de l'après-midi. C'était la veuve d'un fermier, âgée de 63 ans, mère de plusieurs enfants ; elle s'était toujours bien portée et tous dans sa famille avaient atteint un grand âge. Elle se sentit tout à coup vers dix heures du matin si malade et si déprimée qu'elle dut quitter ses occupations ménagères et prendre le lit. Aussitôt après, s'étant deshabillée, elle envoya chercher sa servante pour qu'elle vit quelle pouvait être la cause de ce malaise, qu'elle ne savait à quoi attribuer. Je trouvai M^{me} P. couchée sur le flanc droit, extrêmement angoissée, vomissant sans cesse. Elle paraissait être dans un grand collapsus ; elle avait la peau froide, le visage abattu et anxieux, une douleur épigastrique violente, la langue humide et légèrement saburale. Le pouls est à 126 assez petit et régulier.

A l'examen de l'abdomen je vis une énorme tumeur ayant deux pieds et deux pouces et demi de circonférence ; c'était une hernie

ombilicale irrégulièrement bosselée, chaque bosselure étant du volume d'un œuf de poule ; la masse était sonore à la percussion et la peau autour était tout à fait tendue et extrêmement amincie. L'ombilic était dévaginé et à travers une boutonnière de la peau s'échappait une anse intestinale assez importante. Complètement distendue elle mesurait plus de huit pouces le long du bord convexe.

La boutonnière était si petite que l'intestin était tout à fait étranglé et présentait une coloration par endroit pourpre ou noire résultant de son étranglement pendant environ quatre heures. Je me rendis compte qu'il m'était impossible de faire rentrer l'anse intestinale à travers une ouverture aussi étroite et comme les symptômes alarmants s'accroissant indiquaient que l'état de la malade réclamait une intervention urgente, quoique ne pouvant pas compter sur l'assistance d'un confrère, je me résolus à tenter de lui procurer un soulagement immédiat en élargissant l'ouverture. Je réussis à faire ainsi cesser la constriction et à réduire l'anse intestinale. La peau était si fine que je n'osai pas faire usage de la suture ordinaire à points séparés ; aussi appliqué-je la suture enchevillée. Ne pouvant me procurer des broches adéquates, je fis des supports pour la suture avec du bois de pin, chaque morceau ayant quatre pouces et demi de long, à peu près la dimension d'un crayon ordinaire. Ayant soigneusement affronté le péritoine, je plaçai les baguettes à environ un demi pouce des bords de la plaie et je la fermai par cinq points de suture. La plaie fut saupoudrée d'iodoforme et l'énorme hernie fut supportée par un coussin. J'administrerai un grain d'opium et un demi-grain toutes les quatre heures. Diète lactée absolue.

Après l'intervention la malade parut grandement soulagée. Pouls 120.

Le même jour à huit heures trente du soir la malade est très soulagée ; elle n'a pas vomi. Le pouls plus fort est à 110.

Le 10 janvier, la malade a bien dormi, elle ne ressent aucun malaise ; le pouls est à 96, régulier et plein. La langue humide avec un peu de blanc au centre, à neuf heures du soir la malade n'a plus aucune angoisse et a laissé passer des gaz.

11 janvier. — La malade va bien ; elle respire librement. Pouls 88, intermittent et petit. On nettoie la plaie qui est saine ; mais le tiraillement des sutures est évident.

12 janvier. — La malade a bien dormi, les urines et les gaz passent librement. La langue sèche est rouge sur la pointe et les bords, marron au centre. Peau moite. Pouls 96, plein et régulier.

13 janvier. — La malade n'a pas aussi bien dormi la nuit précédente. La langue est plus humide avec seulement un peu d'état saburral. La peau est moite et fraîche. Pouls 96, plein et régulier. A l'examen, les sutures montrent la peau irritée ; la plaie est saupoudrée d'iodoforme et recouverte d'une pièce de lin maintenue avec des bandes de diachilon de deux pouces et demi de large, un demi-grain d'opium toutes les six heures.

14 janvier. — La malade allant mieux implore une diète solide. Les gaz passent en quantité. Pouls 90, régulier.

15 janvier. — La malade va toujours bien. Pouls 72, langue humide, seulement légèrement chargée. La plaie nettoyée comme précédemment présente un tout à fait bon aspect ; elle est en voie de cicatrisation. L'opium est cessé. L'intestin n'a pas fonctionné depuis le 9 janvier.

16 janvier. — La malade prend une once d'huile de castor à sept heures du matin ; aucun effet. Aussi même dose est-elle administrée à deux heures de l'après-midi et l'intestin fonctionne librement à trois heures trente.

Elle a mangé du poulet, du tapioca et du fromage à la crème.

A cette dernière date, à l'exception d'une légère irritation de la peau à l'entour de l'éventration, la plaie suit une évolution normale vers la guérison.

A la date où j'écris ceci (30 janvier 1890), la maladie suit une évolution tout à fait favorable. Il y a encore seulement une ulcération qui est en voie de guérison rapide.

Circonstance tout à fait étrange, M^{me} P. avait caché à tout le monde, même à sa belle-sœur, qu'elle avait une hernie d'une telle dimension. Pour justifier son silence, elle affirmait qu'elle n'en souffrait pas. Elle n'était pas informée du développement de son infirmité et ne s'était pas aperçue que la peau s'amincissait

au point de laisser passer l'intestin. Elle ne se mit au lit que lorsqu'elle y fut poussée par les vomissements et la prostration causée par l'étranglement de l'intestin et sans savoir au fond la cause de ces malaise.

Etant donné que l'intestin est resté exposé et étranglé quatre heures, si ce n'est plus, et cela par un froid matin de janvier, que d'autre part il a dû subir le contact et le frottement des vêtements, il est remarquable qu'une péritonite ne s'en soit pas suivie.

PATHOGÉNIE

A envisager ces quelques observations, nous constatons que l'accident qui nous intéresse arrive presque toujours à des femmes et seulement à deux classes de malades.

Ce sont, ou des malades avec hernie ancienne volumineuse et irréductible, ou des malades portant la large cicatrice de la laparotomie ; que la rupture ait lieu sur l'ancienne ligne d'incision ou à quelque distance de celle-ci.

Quoi qu'il en soit, cet accident ne semble pas être une *entité*, mais la conséquence d'un état spécial du malade et le traumatisme quand il existe comme cause déterminante ne paraît être là qu'à titre d'*épiphénomène*, l'état de faible résistance de la paroi jouant le rôle principal.

Parmi les causes nous semblant influencer le plus sur cet état de faiblesse de la paroi abdominale, nous noterons en commençant par celles qui nous paraissent les plus importantes :

- 1° Les troubles trophiques de la paroi dus aux volumineuses hernies anciennes ;
- 2° La dilatation de la cavité abdominale ;
- 3° L'obésité ;
- 4° Quelques affections utérines inflammatoires déter-

minant l'atrophie des muscles ou compromettant leur solidité ;

5° L'atonie de la paroi abdominale ;

6° Les abcès de la paroi ;

7° Les ruptures tardives des cicatrices post-opératoires.

I. — LES TROUBLES TROPHIQUES DE LA PAROI DUS AUX VOLUMINEUSES HERNIES ANCIENNES.

Schématiquement, la cicatrice ombilicale de l'adulte offre : un orifice dans la ligne blanche formé au dehors par la peau, en dedans par le péritoine, le fascia ombilicalis de Richet existant d'une façon tout à fait inconstante. Hugo Sacks, sur 200 observations, ne l'a rencontré que 145 fois, et encore sur ce nombre 25 fois seulement il doublait totalement l'ombilic.

Si donc pour une cause quelconque la cicatrice ombilicale se distend, si les contours de l'anneau s'élargissent, le péritoine sous la poussée de la tension abdominale s'engagera dans cet anneau, viendra saillir sous la peau dans le tissu cellulaire et formera le sac de la hernie.

Car on ne peut pas croire aujourd'hui, avec Garengeot, Petit et Richter, que l'omphalocèle des adultes puisse en être totalement dépourvu.

Au début il existe toujours, mais il adhère rapidement avec la face profonde de la peau. Puis peu à peu il contracte des adhérences avec le pourtour de l'anneau fibreux, celles-ci l'empêchent de glisser, le fixent ; la hernie s'accroît cependant, la séreuse s'amincit, tandis

que sa doublure fibreuse s'éraïlle et éclate ou s'épaissit par inflammation. Et surtout chez les femmes obèses il se forme dans le tissu cellulaire, entre la peau et l'aponévrose, de véritables diverticules herniaires, souvent d'un très gros volume, qui viennent s'étaler sur le devant de l'abdomen et jusque dans les flancs, ainsi que M. Bérard les a décrits dans la thèse de Coutant (Lyon, 1907).

La peau seule, ayant alors à lutter contre le poids de la masse herniée et la tension abdominale, s'amincit de plus en plus, sa nutrition s'en trouve troublée et d'autre part, adhérant intimement au péritoine, toute poussée inflammatoire de celui-ci retentira sur cette dernière, dès lors le port prolongé d'un bandage malpropre ou le frottement des vêtements se répercuteront sur ce tissu en état de moindre résistance.

Nous aurons des troubles trophiques pouvant aller de la simple érosion jusqu'à l'ulcère semblable à celui que nous avons observé sur notre malade : ulcère large aux bords, à pic, s'étendant et en profondeur et en largeur, nécessitant pour guérir un long traitement.

Le moindre traumatisme portant sur cette région, un simple effort dû à la toux pourront dès lors la faire céder, et le contenu de la hernie (épiploon, anse intestinale) sera extériorisé.

Mais si la hernie ombilicale est le plus souvent la cause des troubles trophiques qui nous intéressent, d'autres causes peuvent entrer en jeu.

A la suite d'une éventration, consécutive par exemple à une grossesse, l'espace fibreux séparant les bords des muscles grands droits de l'abdomen venant à se dis-

tendre et à s'élargir, la peau ne se trouve plus protégée contre la pression intestinale et peut avoir à en souffrir, que cette aponévrose soit intacte ou que le péritoine s'engage dans les fissures de cette aponévrose distendue et tiraillée.

II. — DILATATION DE LA CAVITÉ ABDOMINALE.

a) *Grossesse*. — Mais si les troubles trophiques de la paroi abdominale jouent un rôle capital dans le genre d'éviscération qui nous occupe, de semblables accidents peuvent se rencontrer sans de pareils phénomènes comme nous le montrent les observations.

Ce simple état de faiblesse de la paroi est alors à envisager. A quelle cause le rapporter?

La grossesse nous en semble la cause la plus ordinaire.

Suivant la remarque de Wnislów, les trois muscles de la région latérale de l'abdomen sont disposés de telle façon que l'aponévrose des uns répond aux parties musculaires des autres, et qu'au total chaque point de cette région est à peu près également pourvu de fibres charnues et de fibres lamineuses.

Ces aponévroses ont la même structure que celles des autres régions et sont par conséquent inextensibles, les faisceaux musculaires, dont les extrémités relient les feuillets aponévrotiques entre eux ou à de solides insertions osseuses, ne peuvent pas dépasser une certaine et très étroite limite d'extension, sans que leur contractilité et même leur élasticité soient compromises.

Sous l'expansion de l'utérus pendant la grossesse, que se produira-t-il donc?

La ligne blanche constituée, dit Laroyenne, par un feutrage connectif, un tissu albuginé peu résistant cédera.

En effet, si nous regardons la paroi antérieure de l'abdomen par sa face péritonéale, nous voyons les muscles grands droits déjetés sur les côtés et décrivant suivant leurs bords internes, un vaste losange dont l'aire est formée par le tissu considérablement dilaté de la ligne blanche. Les bords internes des droits se trouvent au niveau de l'ombilic, à une distance de 8 à 12 centimètres l'un de l'autre, suivant la distension qu'a subie l'abomen, et la largeur du muscle est la même qu'à l'état normal. D'autre part, si nous mesurons la distance qui sépare les bords internes des droits des apophyses épineuses en contournant l'abdomen, on trouve que cet intervalle ne s'écarte pas sensiblement de la moyenne observée sur les sujets normaux de même stature.

La ligne blanche sera donc le point faible de la paroi abdominale distendue.

Mais le losange dessiné par la ligne blanche dilatée a son angle inférieur situé à 7 centimètres au-dessus du pubis, les muscles droits restent donc contigus sur une hauteur de 7 centimètres au-dessus de la symphyse soutenant l'utérus à la manière d'une écharpe.

Que, par suite d'une disposition spéciale, la ligne blanche vienne à se dilater dans ces 7 centimètres inférieurs, l'utérus entraîné par son poids exagérera bientôt cette dilatation, rompra cette faible barrière et basculera en avant, donnant au ventre la forme d'une besace s'appuyant directement sur le tissu cellulaire et

la peau; l'éventration sera constituée, et après la régression utérine, si des soins judicieux ne sont pas donnés, entraîné par la pesanteur, l'intestin pourra s'engager dans cette brèche, l'accident qui nous occupe peut survenir.

b) *Les tumeurs abdominales.* — Soient kystes de l'ovaire soient fibromes de l'utérus joueront le même rôle, créant l'éventration au même titre que la grossesse. Cependant cet accident sera dans ce cas plus rare, car les tumeurs croissant moins rapidement que l'utérus gravide, la paroi abdominale s'accoutumera mieux à son état de distension et par conséquent résistera mieux.

IV. — OBÉSITÉ.

Chez les obèses, et notamment chez la femme plus sujette que l'homme à cette affection, la graisse envahit l'épaisseur des parois, il se forme des pelotons adipeux le long des vaisseaux, dans les intervalles des fibres musculaires et dans le tissu cellulaire. Que pour une raison ou pour une autre, la malade vienne subitement à maigrir, ces pelotons adipeux disparaîtront et les petits interstices laissés libres seront des véritables amorces à l'éventration. Si celle-ci se produit, la peau distendue par la graisse, de ce fait tirillée en tous sens, sera dans un état de très faible résistance, n'offrant qu'une faible barrière au contenu abdominal.

V. — QUELQUES AFFECTIONS UTÉRINES.

L'infection puerperale en retardant l'évolution de la paroi sera pour elle une cause de faiblesse au même

titre, la défectueuse hygiène des suites de couche, les malades se levant immédiatement après l'accouchement avant que la paroi distendue par la grossesse ne soit revenue à l'état normal et puisse ainsi lutter contre le poids et la tension des viscères abdominaux et dans cet état ne se laisse pour ainsi dire forcer par eux.

C'est pour lutter contre cet accident que l'on a souvent conseillé des ceintures aux nouvelles accouchées. Cette idée est si ancienne, que nous trouvons dans la loi de Moïse défense aux femmes de se lever 40 jours après l'accouchement, si c'est un fils ; 80, si c'est une fille. De même la paroi abdominale réagit dans les affections génitales de la femme avec suppuration des trompes (gros pyosalpinx), ou dans les cas de kystes de l'ovaire.

VI. — ATONIE DE LA PAROI ANTÉRIEURE DE L'ABDOMEN.

À la suite des maladies infectieuses, on sait combien s'affaiblissent et s'amincissent les parois, à quels points les muscles peuvent s'atrophier ; les mêmes conséquences peuvent d'ailleurs s'observer dans la chlorose, l'ulcère de l'estomac, les tumeurs volumineuses de l'abdomen.

Enfin, Duchenné a décrit une paralysie des muscles de l'abdomen, Guéniot des cas d'atrophie.

Des barrières aussi peu résistantes peuvent évidemment se laisser rompre.

VII. — LES ABCÈS DE LA PAROI.

Les abcès, furoncles, anthrax de la paroi amenant à ce niveau une perte de substance, l'affaiblissent,

son relâchement et sa dilatation sous l'influence de la pression abdominale, deviennent faciles et la rupture peut se produire comme dans notre troisième observation.

VIII. — CICATRICES POST-OPÉRATOIRES.

Plus qu'aucune autre cause, une cicatrice défectueuse d'une ancienne laparotomie pourra donner lieu à l'éviscération.

En effet, si le lieu qu'occupe cette cicatrice n'est pas soutenu, il peut facilement s'y produire une hernie; la partie qui avait été blessée ne jouit plus de la contraction des fibres musculaires, elle n'oppose que « la ténacité inhérente au tissu innodulaire, propriété qui a des limites déterminées, tandis que la puissance des muscles peut s'accroître de manière considérable par leur contraction ».

D'ailleurs une suture peu soignée ou qui a supuré prédispose à l'éventration si les fils lâchent avant la complète connexion des plans incisés. Il est vrai qu'il est souvent extrêmement difficile de faire de solides sutures, surtout si l'on se trouve en présence de parois infiltrées de graisse, les fils n'ont aucune prise sur ces tissus mous et sans aucune résistance, et malgré tous les soins, on ne peut avoir des plans indéfiniment solides.

Chez les femmes grasses, déjà âgées, lorsqu'on fait une ventrofixation pour prolapsus utérin, il semble également que l'utérus appliqué contre la paroi abdominale ne joue pas un rôle protecteur contre l'éventration, mais, au contraire, que les dépressions entre les

fils de la ventrofixation soient des amorces à des hernies. Pour éviter cet accident, suivant la technique de M. Goullioud, il convient de faire un surjet au catgut sur la couche aponévrotique s'étendant entre les joints de la ventrofixation.

Récemment, van Saar (de Gratz) a décrit, à l'instigation de von Hacker, des cas d'éviscérations post-opératoires sous-cutanées tardives. Dans ces cas, il n'y avait pas déchirure des téguments: ce n'étaient donc point des faits identiques à ceux qui nous occupent, mais n'en serait-ce pas une première étape?

PRONOSTIC

Lorsqu'une éviscération spontanée se produit, la première impression du clinicien est mauvaise car l'intestin, mis au dehors, le péritoine est forcément infecté et il semble que la péritonite doive en être la complication fatale.

Et pourtant dans la plupart des cas que nous avons signalés, la guérison s'en est suivie.

Comment expliquer ce résultat ? c'est que chez ces femmes à ptose généralisée, il se forme des loges qui isolent certaines régions : ainsi dans notre cas où il existait une vaste hernie sous-ombilicale au niveau même de la cicatrice post-opératoire.

Cette hernie retrécie à sa base par un anneau formait une poche isolée où l'infection s'est localisée sans envahir la grande cavité péritonéale, cette heureuse disposition anatomique est le principal élément qui a assuré la guérison de notre malade.

Il ne faudrait pas toutefois croire que tout accident de ce genre, soit bénin, car outre la résistance générale du sujet qui peut être très affaiblie, il y a aussi la possibilité de complications survenant après la réintégration de l'intestin : tout d'abord cet intestin, peut être nécrosé par places, perforé, déchiré même ; une résection ou une suture s'impose qui aggrave singulièrement le pronostic.

Plus tard on peut assister à des phénomènes d'obstruction nécessitant un anus contre nature, enfin dans notre cas l'infection subaiguë a abouti à une phlébite qui a retardé la guérison.

Pour résumer nous dirons que cet accident entraîne avec lui un pronostic grave mais non fatal.

TRAITEMENT PRÉVENTIF

Pour éviter l'éviscération qui nous occupe, que faire?

Et d'abord éviter l'éventration post-opératoire par des sutures solides.

Si l'éventration est constituée, la maintenir par une ceinture.

1° DES SUTURES. — Pour faire une suture solide de la paroi abdominale, il convient de faire une suture à trois ou même à quatre plans en réparant anatomiquement les différentes couches qui la composent.

Le *premier plan* de suture se fait sur le péritoine, soit seul, lorsqu'il paraît suffisamment solide, soit sur lui et le feuillet postérieur de la gaine des droits, lorsque le péritoine est trop mince et adhère à ce feuillet. Cette suture se fait en un surjet au catgut.

Le *deuxième plan* comprend la couche musculo-aponévrotique, ici il est bon de faire deux sutures, une suture musculaire et une suture aponévrotique.

Les muscles soigneusement affrontés seront suturés au catgut par points séparés avec double nœud, procédé qui a l'avantage de donner des nœuds solides sans couper le muscle, ce qui pourrait arriver avec le procédé ordinaire.

Cette suture musculaire contrairement à ce qu'on avait cru donne des néo-formations conjonctives d'une

grande solidité; le professeur A. Polosson l'emploie toujours avec un succès constant.

La suture de l'aponévrose se fait au catgut par joints séparés ou surjets peu étendus.

Le *troisième plan* porte sur la peau, la suture est faite aux fils métalliques, on peut ajouter dans leurs intervalles quelques crins. Mais une suture ainsi faite n'aura son maximum de solidité que si l'incision qu'elle est appelée à refermer a été judicieusement pratiquée.

Ici nous nous trouvons en face de deux ordres d'incisions : les incisions latérales, appendicites-anus artificiels, et les incisions médianes.

I. — INCISIONS LATÉRALES.

a) *Incision de Roux*. — Employée par exemple dans l'appendicéctomie :

1° La peau est incisée à deux travers de doigt en dedans de l'épine illiaque antéro-supérieure sur 10 cent. perpendiculairement à la ligne allant de cette épine illiaque à l'ombilic, on met ainsi à nu les fibres du grand oblique ;

2° A la sonde cannelée on dissocie les fibres du grand oblique parallèlement à la plaie cutanée, on écarte ;

3° On aperçoit le petit oblique, on en dissocie les fibres et on les écarte perpendiculairement à leur direction ;

4° On aperçoit le transverse, on le dissocie ; de même on l'écarte et on se trouve sur le péritoine.

b) L'incision peut être également faite le long du bord externe du grand droit :

1° On incise la peau 1 cent. en dedans du bord externe du grand droit ;

2° On incise plutôt un peu en dedans le feuillet antérieur de la gaine ; on recline le muscle en dedans ;

3° On incise le feuillet postérieur auquel souvent se trouve accolé le péritoine.

II. — INCISION MÉDIANE.

a) *Incision longitudinale.* — Cette incision se pratique sur la ligne blanche et doit passer à gauche de l'ombilic. On incise la peau, puis la ligne blanche et enfin le péritoine.

On doit, pour la refermer, pratiquer la suture à trois plans, *en ayant soin d'ouvrir la gaine des droits*, si elle ne l'est pas déjà, pour suturer les muscles sur la ligne médiane dans la région sous-ombilicale. Dans la région sus-ombilicale, cette opération est plus difficile, mais doit être tentée cependant.

b) *Incision horizontale.* — Dans la laparotomie sous-ombilicale, on a avantage à appliquer le Pfannenstiel, incision demandant un peu plus de temps, mais avec laquelle on a, pour ainsi dire, pas d'éventration :

1° On fait sur la peau une incision semi-lunaire à concavité supérieure dont les extrémités correspondent aux épines iliaques antéro-supérieures. La convexité peut passer à la naissance des poils du pubis, ce qui donne ainsi des cicatrices peu visibles ;

2° On incise l'aponévrose horizontalement ;

3° On décolle l'aponévrose des muscles sous-jacents, ceci est assez facile, car leurs connexions sont peu abondantes. On recline en haut. On sectionne en même temps longitudinalement la ligne blanche au ciseau entre les deux droits et le péritoine dans le même temps.

La suture se pratique à quatre plans et n'ayant qu'un point mort au croisement de l'incision verticale et horizontale présente un maximum de solidité.

Mais ces différents procédés sont difficiles à appliquer si on a à intervenir pour une collection suppurée du péritoine comme l'appendicite à chaud, car il faut alors drainer.

Le temponnement à la Mickulicz, pour cela très employé ces dernières années, semble prédisposer à l'éventration. On a donc manifesté une tendance dans les affections suppurées des annexes à se contenter du drainage vaginal et à pratiquer seulement dans des cas exceptionnels le drainage abdomino-vaginal.

Mais quelques soins que l'on prenne, si la suture s'infecte et suppure, il y a de grandes chances pour qu'elle lâche, d'où la nécessité d'une rigoureuse asepsie, c'est le plus sûr moyen d'avoir une cicatrice solide tenant d'une façon durable.

DES CEINTURES.

L'éviscération pouvant se produire simplement par suite de l'état défavorable de la paroi abdominale, il conviendra, dès les premiers symptômes, de prévenir

l'accident. Ici nous nous trouvons en présence de deux cas possibles :

1° L'éventration paraît menaçante ;

2° L'éventration est constituée, ou l'on a affaire à une grosse hernie ombilicale.

I. — *Une éventration paraît menaçante.* — Un malade se présente avec de l'atonie de la paroi abdominale antérieure, ou c'est une femme grosse à l'utérus volumineux, soit qu'il s'agisse d'une gémellaire, d'un très gros fœtus, d'hydramnios, ou même d'un utérus normalement développé, mais dans un bassin rétréci donnant la forme du ventre en obusier. La sangle de Glénard, haute d'une dizaine de centimètres et venant renforcer la paroi abdominale sur ces 8 cent. inférieurs au point de résistance de la ligne blanche, sera suffisante et répondra à toutes les nécessités, empêchant d'une part l'éventration de se produire et d'autre part soulageant grandement la malade.

Cette sangle de même pourra rendre les plus grands services aux femmes relevant de couche, dont la paroi abdominale, point encore revenue à son état normal, pourrait se laisser forcer et bientôt présenter une éventration.

II. — *L'éventration est constituée.* — Ou l'on a affaire à une grosse hernie ombilicale.

Dans ce cas, il convient tout d'abord de donner des soins à la paroi. La peau sera souvent lavée au savon et ensuite à l'alcool ; la moindre érosion sera traitée par des applications de vin aromatique et de poudres, telles que : bismuth, aristol, charbon, destinées à hâter

la cicatrisation. La propreté la plus rigoureuse sera de rigueur et dans le linge pouvant toucher la tumeur et dans le bandage.

Il faudra en effet, autant que possible, contenir la tumeur souvent énorme et ici nous nous heurtons à une grosse difficulté. Ces hernies, entraînées dans la chute générale des parois de l'abdomen relâchées, n'offrent à la pelote aucune surface de prise résistante. Aussi a-t-on multiplié les modèles de bandages destinés à maintenir réduites ces diverses hernies.

Si nous avons à maintenir une hernie de moyen volume, il suffira d'une pelote arrondie ou ovalaire à grand axe transversal assez large, pour reposer sur le bourrelet cutané qui entoure la hernie ; au centre de cette pelote, une demi-sphère, à la fois un peu élastique et résistante, de dimension supérieure à celle de l'anneau, viendra l'oblitérer exactement après la réduction du contenu du sac.

Le tout est monté sur un ressort qui l'applique d'avant en arrière contre la paroi abdominale et dont les extrémités sont attachées à une ceinture de tissu élastique.

Si nous avons affaire à une très grosse hernie, ou à une énorme éventration, le problème devient plus difficile et bien des systèmes ont été préconisés, car alors la hernie n'est plus réductible en totalité et elle se complique de la chute de la paroi abdominale qu'il faut avant tout soutenir.

Quand la hernie est complètement réductible, si on la maintient réduite le sac est généralement douloureux, on renonce alors à la réduire complètement et on

remplace la pelote ombilicale par une plaque concave moulée sur la hernie, ramenée à son plus petit volume en faisant coucher le malade.

Dans les très grosses hernies, avec une énorme masse d'épiploon irréductible, un simple filet ou une plaque métallique tenant lieu de suspension et s'opposant à l'engagement de nouvelles quantités d'épiploon, sont encore les meilleurs moyens de traitement, des bretelles et des sous-cuisses venant répartir la pression.

TRAITEMENT CURATIF

Quel que soit le milieu où se produise l'accident, certaines précautions préalables s'imposent : il faudra remonter le malade par les excitants diffusibles ordinaires, si le shock a été considérable.

On aura soin en outre de déshabiller rapidement le malade, de le faire étendre sur le dos et de pratiquer aussitôt que possible le nettoyage des anses éviscérées, au moyen de sérum artificiel (7 grammes de chlorure de sodium par litre d'eau bouillie).

Deux cas peuvent se présenter :

1° L'accident vient de se produire, le chirurgien est prévenu immédiatement, il a à sa disposition une salle et les instruments nécessaires pour une intervention normale. Après avoir fait la toilette de son champ opératoire au moyen d'un savonnage soigneux, de lavages d'alcool et d'éther et de l'application d'une couche de teinture d'iode, il doit immédiatement pratiquer une laparotomie qui lui permettra de se rendre compte des rapports existant entre les anses intestinales et le sac d'événtration. S'il se rend ainsi compte que les anses sont libres ou peu adhérentes, il doit sans hésiter tenter une cure radicale. Mais auparavant il aura eu soin de laver les anses extériorisées au moyen de sérum artificiel tiède (38°), et s'il a quelques doutes sur la complète efficacité de cette asepsie, il emploiera de l'huile camphrée.

Pour réintégrer les anses, le chirurgien aura parfois beaucoup de difficulté, parce qu'il se trouvera en présence d'un anneau très étroit. Il devra dans ce cas inciser cet anneau, en ayant soin de guider son ciseau à l'aide d'une sonde canelée ou du doigt, afin d'isoler et de soulever la partie à inciser.

Les anses une fois réintégrées, le chirurgien devra suturer la paroi abdominale après avoir excisé et réséqué le sac et les parties sphacélées si elles ne sont pas trop étendues.

Dans la suite, on pourra pour prévenir la dilatation des anses par paralysie inflammatoire appliquer sur l'abdomen une vessie de glace.

Si le malade éprouve de vives souffrances, une piqûre de morphine sera toute indiquée. D'abord, elle calmera la douleur et elle contribuera ensuite à mettre au repos pendant quelques heures les anses intestinales.

Si la paroi abdominale présente une excoriation, une plaie ou des plaques de sphacèle, il faudra lutter contre l'infection et pour cela déterger d'abord les plaies au moyen de compresses imbibées de vin aromatique, puis employer des poudres telles que le talc, le bismuth, l'aristol ou le charbon, qui dessècheront les tissus, les modifieront et hâteront la cicatrisation. Un pansement sec, aseptique et protecteur, empêchera l'infection qui pourrait se produire de l'extérieur.

Il faudra enfin surveiller le cœur et les poumons, prévenir l'asystolie par l'administration de digitales et traiter la congestion pulmonaire si elle venait à se produire.

2° Dans le deuxième cas qui peut se présenter les circonstances qui entourent l'accident sont moins favorables. L'éviscération s'est produite par exemple en pleine campagne, dans un milieu dépourvu de ressources chirurgicales. Le malade s'est peut-être traîné jusqu'à sa demeure soutenant de ses vêtements les anses extériorisées ; le médecin ne se trouve pas à portée. Bref, l'infection a eu largement le temps de se produire.

Que faut-il faire ? Ici le but poursuivi sera surtout d'éviter avant tout l'infection, ou lutter contre elle si elle est à son début. Plus tard seulement, lorsque tout danger sera écarté, on songera à instituer un traitement curatif.

Comme nous l'avons montré dans notre chapitre du pronostic les anses emprisonnées dans le sac herniaire constitueront une heureuse disposition qui assurera souvent le salut de la malade. En effet l'infection en supposant qu'elle existe, se limitera à la région herniaire et la grande cavité péritonéale échappera au danger et sera parfaitement protégée.

Il faudra faire l'asepsie de la paroi abdominale, traiter les plaies ou plaques de sphacèle qui peuvent s'y trouver et pour cela l'eau oxygénée étendue et une application de teinture d'iode seront suffisantes. Cette antisepsie une fois faite on portera toute son attention sur les anses. On les lavera au moyen de sérum physiologique tiède ; on les baignera littéralement dans de l'huile camphrée stérilisée dont l'action bienfaisante sur le péritoine menacé d'infection est aujourd'hui reconnue.

L'antisepsie des anses constitue le temps opératoire le plus délicat et le plus important.

On réintégrera ensuite les anses dans la poche préformée, on drainera cette région au moyen de mèches ou mieux d'un très gros drain entouré de compresses de gaze et que l'on placera à la partie déclive. Si l'orifice de sortie est trop large on le rétrécira par deux points de suture placés à ses extrémités et l'on recouvrira le tout d'un gros tampon qui formera bouchon et d'un pansement aseptique ordinaire.

L'expectative armée sera la seule règle de conduite dans la suite.

On se bornera à soutenir la malade par des excitants diffusibles un peu d'alcool et de la digitale.

Plus tard, lorsque toute infection aura disparu, on devra tenter une cure radicale de la hernie et de l'événtration suivant la technique habituelle.

Il peut survenir certains accidents qui nécessiteront une intervention immédiate ; dans notre cas ce furent les signes d'obstruction intestinale qui ne cédèrent que lorsqu'on eut fait un anus artificiel par le thermocautère. Cet anus lui-même devient dans la suite une cause de retard dans la guérison parce que les matières stagnant sur la peau avoisinante irritent l'ulcère et entretiennent l'infection. Dans ces conditions faire la cure radicale de l'anus est toujours une opération délicate.

CONCLUSIONS

I. — L'accident décrit semble être non pas une entité pathologique, mais une conséquence d'un état spécial du malade.

Le traumatisme n'est qu'un épiphénomène.

II. — L'évolution de l'affection est souvent moins grave que ne le ferait supposer sa dramatique symptomatologie.

On a de nombreuses guérisons, alors qu'à priori on serait tenté de faire un pronostic fatal.

III. — Le traitement préventif de l'éviscération consiste dans :

a) Suture soigneuse de la paroi abdominale à trois plans ;

b) Port d'une ceinture, avec pelote, qui maintiendra l'éventration constituée, empêchera son accroissement, évitera les frottements extérieurs et ainsi l'irritation et l'infection pouvant aboutir au sphacèle de la paroi.

IV. — L'éviscération est constituée ; deux cas peuvent se présenter :

a) On se trouve à proximité d'un milieu chirurgical bien outillé : une laparotomie faite avec toutes les précautions d'usage.

Si l'intestin est libre dans le sac herniaire, ou s'il présente peu d'adhérences avec celui-ci, on doit tenter une cure radicale après un lavage aseptique (sérum artificiel tiède, huile camphrée) ; on réintègre les anses

intestinales dans la grande cavité et l'on tente de renfermer la paroi après résection du sac et des téguments sphacelés.

b) Le milieu est suspect, sans ressources chirurgicales suffisantes, plusieurs heures se sont écoulées depuis l'accident, les anses éviscérées ont pu s'infecter; ou encore on constate des adhérences étendues de l'intestin avec le sac; l'intervention doit être réduite au minimum: toilette soigneuse des anses éviscérées que l'on protégera avec des compresses de gaze pendant qu'on fera l'antisepsie de la paroi (teinture d'iode) et la résection des parties sphacelées et gangrenées, si elles sont peu considérables.

Dans un deuxième temps, réintégration des anses dans le sac d'événtration.

Dans les heures qui suivent on restera dans l'expectative.

S'il se produit des phénomènes d'occlusion, on ponctionnera l'anse distendue ou thermo cautère, pour créer un anus artificiel, et lorsque tout danger d'infection ou d'occlusion sera écarté (trois ou quatre semaines après), on fera la cure radicale de l'anus et de l'événtration.

VU :	VU :
<i>Pour le Doyen,</i>	<i>Le Président de la Thèse,</i>
L'ASSESEUR,	JABOULAY.
J. COURMONT.	

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 5 juillet 1911.
Pour le Recteur et par délégation :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
DEPÉRET.

BIBLIOGRAPHIE

- CANGE. — Des éventrations spontanées et de leur traitement chirurgical. Th. Paris, 1897.
- CHAVANAZ. — *Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et pédiatrie de Bordeaux*, 1900, t. II, p. 224.
- COUTANT. — Des entéroragies dans la hernie ombilicale étranglée. Th. Lyon, 1907.
- DESPREZ. — *Bulletin Société de chirurgie de Paris*, 1887.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*.
- FORGNE. — Pathologie externe.
- GLÉNARD. — Les ptoses viscérales.
- GUIBÉ. — Chirurgie de l'abdomen.
- GOULLIoud. — De l'éventration opératoire. *Lyon médical*, 1892.
- JARJAVAY. — Anatomie chirurgicale, t. II.
- LANDAU. — Die Wunderleber und der Høgenbauch der Frauen, 1887.
- LA ROYENNE. — Congrès de gynécologie de Genève, 1896.
- LA TORE. — Congrès de gynécologie de Genève, 1896.
- LAWSON. — *Lancet*, 1890, t. II, p. 560.
- LE DENTU. — Jaboulay et Patel. Les hernies.
- MORAT et DOYON. — Physiologie.
- MORESTIN. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 21 fév. 1911.
- PILKINGTON. — *Lancet*, 1890, t. I, 1008.
- REYNIER. — Th. de Paris, 1879.
- TESTUT. — Anatomie topographique.
- TIXIER. — Pratique de l'éviscération en chirurgie abdominale du schock abdominal. Etude clinique et expérimentale. Th. Lyon, 1897.
- TOURNEMEL. — Des éventrations post-opératoires, causes et traitements. Th. de Paris, 1901.
- WINSLOW. — Exposition anatomique. Traité des muscles.
-

45245 — IMPRIMERIES RÉUNIES, 8, RUE RACHAIS — LYON
